



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
SỬA ĐỔI KẾ HOẠCH CHĂM SÓC
PLAN OF CARE AMENDMENT

TÊN:	SỐ DDD:				
Nhu Cầu Thẩm Định Số _____					
Những bước nào cần phải thực hiện và/hoặc các dịch vụ/ sự giúp đỡ nào cần sắp đặt để đáp ứng nhu cầu này?	Nơi cung cấp/Người chịu trách nhiệm	Đánh dấu vào nếu là Dịch Vụ Bổ Sung Được Tài Trợ	Bao lâu một lần? Hằng ngày/Hằng tuần/ Hằng tháng Số lượng: Giờ/Ngày/Tháng	Nếu là nhu cầu mới, ngày bắt đầu làngày nào?	Dịch vụ cần chấp thuận trước khi được nhận nếu cần
Nhu Cầu Thẩm Định Số _____					
Những bước nào cần phải thực hiện và/hoặc các dịch vụ/ sự giúp đỡ nào cần sắp đặt để đáp ứng nhu cầu này?	Nơi cung cấp/Người chịu trách nhiệm	Đánh dấu vào nếu là Dịch Vụ Bổ Sung Được Tài Trợ	Bao lâu một lần? Hằng ngày/Hằng tuần/ Hằng tháng Số lượng: Giờ/Ngày/Tháng	Nếu là nhu cầu mới, ngày bắt đầu làngày nào?	Dịch vụ cần chấp thuận trước khi được nhận nếu cần
Nhu Cầu Thẩm Định Số _____					
Những bước nào cần phải thực hiện và/hoặc các dịch vụ/ sự giúp đỡ nào cần sắp đặt để đáp ứng nhu cầu này?	Nơi cung cấp/Người chịu trách nhiệm	Đánh dấu vào nếu là Dịch Vụ Bổ Sung Được Tài Trợ	Bao lâu một lần? Hằng ngày/Hằng tuần/ Hằng tháng Số lượng: Giờ/Ngày/Tháng	Nếu là nhu cầu mới, ngày bắt đầu làngày nào?	Dịch vụ cần chấp thuận trước khi được nhận nếu cần
Tôi có tham gia trong việc soạn thảo và/hoặc tái xét Kế Hoạch Chăm Sóc cá nhân này và ĐỒNG Ý với các dịch vụ cũng nhu những sự giúp đỡ đã đề ra.					
NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ BỔ SUNG				NGÀY	
NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ				NGÀY	
QUẢN LÝ HỒ SƠ/NGUỒN TRỢ GIÚP				NGÀY	



**KẾ HOẠCH CHĂM SÓC CÁ NHÂN CỦA DDD
THỈNH CẦU PHIÊN ĐIỀU GIẢI KHIẾU NẠI**

chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các điều lệ của phiên điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

GỬI ĐẾN: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Tôi yêu cầu được mở phiên điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định sau đây của Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS):

- Giải thích vắn tắt về điều mà DSHS đã thực hiện hoặc không thực hiện cho quý vị (viết vào tờ giấy khác nếu cần thêm chỗ); và
- Nếu được, xin kèm theo bản sao của thông báo mà quý vị xin khiếu nại.

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)	NGÀY SANH	SỐ AN SINH XÃ HỘI
ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THỈNH CẦU PHIÊN ĐIỀU GIẢI	SỐ ID CỦA THÂN CHỦ	
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG) <input type="checkbox"/> ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN

Tôi được thông báo về quyết định vào: _____ bởi: _____
NGÀY _____ TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM VĂN PHÒNG DSHS

Nếu đủ điều kiện, tôi muốn được tiếp tục hưởng sự trợ giúp: Có Không Chương Trình: _____

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, xin đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHO QUÝ VỊ	CƠ QUAN	SỐ ĐIỆN THOẠI		
ĐỊA CHỈ	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH

Tôi cho phép được tiết lộ các chi tiết về phiên điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ	NGÀY
-------------------	------

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải của quý vị hay không?

Có Không

Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ gì hoặc loại trợ giúp nào? _____

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết phiên điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn được điều giải bằng cách đích thân đến, xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo về Phiên Điều Giải mà OAH đã gởi đến cho quý vị.